SEÑOR PRESIDENTE.– Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 16:44).

–La Comisión de Salud Pública le da la bienvenida al señor Ministro, doctor Jorge Basso, a la señora Subsecretaria de Salud Pública, doctora Cristina Lustemberg, y a todo el equipo. Como habíamos conversado a nivel de la Comisión, la voluntad del Ministro es plantearnos sus principales proyectos y programas a lo largo de este quinquenio y con todo gusto lo escuchamos.

SEÑOR MINISTRO.– Gracias, señor Presidente**.** Saludo a todos los integrantes de la Comisión.

Estamos aquí presentes con la señora Subsecretaria, doctora Cristina Lustemberg, el economista Arturo Echevarría, actual Presidente de la Junta Nacional de Salud y Director de la Digese, nuestra asesora en Comunicación, licenciada Soledad Acuña, y el licenciado Aníbal Suárez, adjunto al Ministro.

Básicamente, en un tema como el de la salud, lo que pretendíamos era tener una instancia de este carácter a los efectos de plantearles lo que para nosotros son los elementos angulares de la política del Ministerio para este quinquenio. El espíritu que persigue esta Cartera es tener un permanente diálogo y una apertura con el ámbito parlamentario, habida cuenta de la sensibilidad del tema salud y de la importancia que para la sociedad en general tienen los temas vinculados a esta área. El desafío es, justamente, construir el mayor consenso posible en una política pública que atiende la problemática sanitaria de los uruguayos. En realidad, somos partidarios de lo que denominamos políticas explícitas, de ser muy claros en los objetivos que se persiguen, que no se generen dudas o incertidumbres en los aspectos estratégicos, porque creemos que la principal responsabilidad que tiene el Estado en el sector salud es, justamente, definir con claridad el rumbo y habilitar un espacio de intercambio dentro del Gobierno, incorporando a los parlamentarios en la construcción de esos desafíos tan importantes para la población.

Como Ministerio tenemos el desafío de cumplir con lo que llamamos las funciones esenciales del Ministerio de Salud Pública –que son las que cualquier institución debiera plantearse– y, a su vez, el de seguir profundizando en la reforma sanitaria que está en curso.

Entre las particularidades que tenemos como país destacamos algunos indicadores macro, muy buenos a nivel comparativo internacional. Más allá de las variaciones que se pueden registrar con el transcurso del tiempo, podemos decir que, desde hace ya un importante número de años, se percibe una clara tendencia a la baja de la mortalidad. Tengamos en cuenta que el Uruguay tiene una escala pequeña y, por lo tanto, pequeñas situaciones pueden alterar los indicadores; sin embargo, tenemos consolidada una mortalidad infantil de un dígito –una de las más bajas del continente– y una mortalidad materna que es, también, de las más bajas de todo el continente americano.

Cuando uno observa estos elementos lo primero que hace es reconocer que nuestro país, en función de un conjunto de políticas, no exclusivamente vinculadas a las políticas sanitarias –aclaremos que los indicadores macro responden a un conjunto de políticas del país–, ha venido consolidando buenos indicadores macro en la materia. Estos indicadores son de resumen y, por lo tanto, no dejan de tener inequidades. A ellas estamos permanentemente atentos, a través de políticas territoriales focalizadas, para ir disminuyéndolas en todo el territorio nacional.

En lo que refiere a recursos humanos, la relación médico–habitante existente en nuestro país es una de las más altas del continente. Sin perjuicio de ello, como somos conscientes de que los problemas de salud no los resuelven exclusivamente los médicos, tenemos enormes desafíos en materia de equipos de salud, particularmente de algunos componentes. Me refiero especialmente a las Licenciadas en Enfermería, quienes juegan un rol sustancial en la conformación de ese equipo. Tenemos una relación de tres médicos por cada licenciada, cuando lo ideal sería que esa relación fuera a la inversa: tres licenciadas por médico. Quiere decir que en este aspecto tenemos un déficit que nos preocupa y es por eso que con la doctora Lustemberg nos estamos ocupando de él; estamos trabajando muy fuertemente con la Facultad de Enfermería buscando distintas alternativas. Si los señores Senadores están

interesados en este tema, podemos profundizarlo más adelante. De lo que se trata es de identificar que allí tenemos un problema y que hay que encontrar una solución a esa dificultad.

Por otro lado, como aspecto sustantivo queremos referirnos a algunos programas que están en línea con los principales problemas sanitarios que tiene nuestra población; me refiero básicamente a las enfermedades crónicas no trasmisibles que representan un 75 % de la carga de enfermedades del país. Es de señalar que entre sus componentes existe uno que es prevenible, justamente a través de las medidas que el país ha venido tomando en la lucha contra el tabaco. Recordemos, entre ellas, la firma de un convenio marco en el año 2003, ratificado en febrero de 2005, y a partir del cual comenzaron a implementarse una serie de medidas. Así pues, hoy Uruguay puede demostrar a nivel nacional e internacional un conjunto de resultados que, de alguna manera, ya tienen respuesta desde el punto de vista del impacto en la situación sanitaria y que son señalados como ejemplares en todos los foros internacionales.

Estamos formando una generación de no fumadores. Esa tendencia a la baja en los jóvenes hoy está en el orden del 9,2 % de acuerdo a algunas encuestas, mientras que otras hablan incluso de un 8 %. Quiere decir que ha habido una franca disminución del consumo de tabaco en relación a los jóvenes. Más allá de eso cabe señalar que tenemos ciertas dificultades con algunos sectores de la población ya que no se trata de un indicador transversal a todos los habitantes, por lo que tenemos que trabajar de manera focalizada en algunos de esos sectores. Me refiero, básicamente, a la población más pobre, sobre todo a nivel de jóvenes, y especialmente a quienes están fuera del sistema educativo. Allí tenemos que trabajar más intensamente para lograr mayores impactos.

Incluso recientemente, en el marco de los acuerdos internacionales que ha firmado el país, hay un protocolo referido a combatir el tráfico ilícito de productos de tabaco que es un asunto preocupante; es un tema planetario.

Las cifras dan cuenta de que hemos disminuido en un 22 % la prevalencia de los infartos agudos de miocardio en los últimos años. Como los señores Senadores saben, la primera respuesta que se ve es cómo impactan las políticas antitabaco en las enfermedades cardiovasculares; el impacto en las afecciones vinculadas al cáncer demoran algo más. La tercera parte de las patologías oncológicas están vinculadas al tabaco, por lo que seguramente dentro de algunos años vamos a poder ver ciertos impactos que dan cuenta, justamente, de cómo estas actividades vinculadas a las campañas antitabaco están dando respuesta en torno a la prevalencia de las enfermedades crónicas no trasmisibles más importantes que tiene nuestro país.

De todos modos, debemos trabajar en algunos otros componentes, que tienen que ver con hábitos y costumbres referidos a enfermedades no trasmisibles. Uno de ellos se vincula, nada más ni nada menos, que con la actividad física, con el problema de la alimentación y con el excesivo consumo de alcohol. Esto impacta fuertemente en la población joven y, naturalmente, con el correr de los años, en las personas que presentan las patologías que señalábamos como prevalentes en la carga de enfermedad. Sé que algunos integrantes de este Cuerpo están preocupados por el tema de la alimentación, y nosotros compartimos esa preocupación. Creemos que el consumo de frutas y verduras, al mismo tiempo que se disminuye el de otros productos que tienen un excesivo contenido de grasa, debe ser trabajado desde la más temprana edad. Esto lo vamos a jerarquizar; más adelante vamos a comentar hacia dónde vamos con estos temas. Lo mismo pensamos con respecto a la promoción de la actividad física. El sedentarismo, sumado al sobrepeso y la obesidad, muy presentes en la población, dan cuenta de un fenómeno que está muy asociado al crecimiento y desarrollo de los modelos económicos, sociales y culturales de nuestro tiempo. Está claro que en la medida en que las sociedades mejoran su nivel de vida en general, aumentan su nivel de consumo y con ello también se incrementan los hábitos no saludables. Este es un aspecto de preocupación, no sólo para el sector de la salud, sino para la sociedad en general porque el crecimiento y el desarrollo social no deberían acompañarse del aumento de las enfermedades crónicas no trasmisibles en virtud de hábitos y estilos de vida no saludables. Esto requiere mucho esfuerzo de sostenibilidad de un conjunto de políticas que inciden en un aspecto tan complejo de los seres humanos como es el de sus hábitos y costumbres cotidianos. En ese tema se ha hecho mucho pero también queda mucho por hacer por parte del sistema educativo, y también del sanitario a través del conjunto de las políticas sociales. Incluso, en el territorio es muy común ver cómo las Intendencias incorporan en los espacios públicos un conjunto de

elementos que ayudan a vincular a la población con el ejercicio físico y la actividad, a fin de vencer el sedentarismo que está muy arraigado a un estilo de vida que queremos superar.

Lo mismo sucede con el consumo de alcohol, particularmente el de características problemáticas. De esto se da cuenta en una Comisión que se ha instalado con el liderazgo del señor Presidente de la República y la participación de integrantes de todos los partidos políticos. En ese ámbito se trata de ver cómo se puede colaborar en la generación de insumos para que a nivel parlamentario se pueda legislar en un tema ciertamente complejo en todo el mundo. Nuestro país tiene que avanzar en esa materia, porque la carga de enfermedad vinculada al consumo problemático de alcohol es un tema de salud pública muy importante a nivel sanitario. Fíjense, señores Senadores, que si nosotros sumamos los problemas de alimentación, de baja actividad física, el sobrepeso y la obesidad, y el consumo excesivo de alcohol, tenemos una combinación explosiva y, una vez consolidada la patología, es muy difícil actuar sobre ella. Hay que prevenir, promover salud y actuar, justamente, lo más tempranamente posible en la sociedad.

Otro aspecto insoslayable de cualquier política pública en materia de las funciones básicas o esenciales de los Ministerios tiene que ver con la prevención específica, a través del sistema de inmunizaciones. Nosotros, como país, tenemos un plan ampliado de inmunizaciones de los mejores del mundo. No todas las personas saben que en buena parte del mundo desarrollado las vacunas no son obligatorias. Es más, en muy pocos países europeos las vacunas son obligatorias y, justamente, como trabajan con baja cobertura de vacunación, cada tanto tienen alguna dificultad epidemiológica. En cambio, a lo largo de los años Uruguay ha consolidado una política de un plan ampliado de inmunizaciones muy amplio y que tiene un criterio exclusivamente técnico para la incorporación de las vacunas, ya que hay una Comisión –que es asesora del Ministerio de Salud Pública en materia de vacunas– por la que pasan absolutamente todas las decisiones en ese sentido. Nosotros entendemos que es una política pública que debe tener respaldo técnico y académico de primer nivel. Doy cuenta de esto porque en este momento tenemos 13 vacunas instaladas en el certificado esquema de vacunación para 15 enfermedades infecciosas. Además, tenemos vacunas que no son de carácter obligatorio, pero que el país ha venido adoptando en los últimos años. Una de ellas es la vacunación contra la gripe, que no es obligatoria en ninguna parte del mundo; no obstante, nosotros estamos trabajando fuertemente para incidir en tener a la población más vulnerable cubierta por esta vacuna, tratando de vencer algunos mitos que todavía existen, incluso entre algunos colegas, acerca de la pertinencia de esta vacuna. Justamente, orientamos esta vacuna a mujeres embarazadas a cualquier altura del embarazo, al personal de salud, a las personas mayores de 65 años, a las personas con enfermedades crónicas, muy particularmente a los niños y niñas entre los 6 meses y los 5 años –antes de los 6 meses no se pueden dar vacunas; por eso es muy importante vacunar a la mujer embarazada para que le transfiera la protección al niño–, y a los docentes que, junto con el personal de salud, interactúan con buena parte de la sociedad. Se trata de evitar, así, la posible difusión de este virus. Nosotros históricamente tenemos el desafío –a través de las campañas de las propias instituciones sanitarias y de los colectivos de técnicos vinculados a la salud– de estimular la vacunación antigripal, puesto que todos los días aparecen nuevas evidencias sobre sus ventajas. Es un reto para todos los Ministerios de Salud –lo puedo asegurar– lograr las mejores coberturas contra la gripe en una vacunación obligatoria. En esto estamos y es parte de los desafíos sanitarios, culturales y comunicacionales –para decirlo de alguna manera– que tenemos pendientes.

Lo mismo sucede con la vacunación contra el virus del HPV. El Ministerio ha venido desarrollando, a través de esta Comisión Asesora a la que hice referencia, una serie de pautas en consonancia con lo que se está haciendo a nivel internacional. En este momento esta vacuna cambia de estatus y pasa de ofrecida a recomendada, con lo que no se genera la necesidad de indicación –de receta médica– y el consentimiento informado –que siempre es muy importante en cualquier procedimiento asistencial– no requiere que sea con firma mediante, sino que alcanza, justamente, con que el equipo de salud la recomiende. Este es un tema importante que se vincula también con las políticas de salud sexual y reproductiva a nivel global e integral de la población, que debe asociarse con lograr la mayor cobertura posible en los exámenes de Papanicolau –que son exámenes preventivos para todos los virus– y la detección precoz de cualquier situación que pueda implicar lesiones premalignas en la mujer usuaria.

Con esta pequeña introducción queremos hacer, como sustantivo de esta instancia con la Comisión de Salud Pública del Senado, una referencia a los siete grandes lineamientos estratégicos para el período.

Ellos son, de alguna manera, la hoja de ruta que nos hemos trazado y que comentaremos con la doctora Lustemberg.

El primero de ellos tiene que ver con la mejora de los indicadores sanitarios del país. Si bien el país no tiene malos indicadores, tiene la posibilidad de mejorarlos. Es más, tiene la obligación de hacerlo, para lo cual debe plantearse metas que tienen que surgir de un trabajo que vincule a la academia, a los técnicos del Ministerio y a la sociedad civil. Recién hacíamos referencia al peso de las enfermedades crónicas no trasmisibles en los diferentes estilos de vida. Claramente, se puede percibir que si no trabajamos con la sociedad civil y con las organizaciones que se vinculan a ella se torna muy complejo modificar esos estilos de vida. Pero lo primero es definir los objetivos, es decir, tener claro cuáles son las metas.

En este momento alrededor de cincuenta técnicos de distintas disciplinas y ámbitos están trabajando en una actividad preliminar, en instancias institucionales que van a seguir a las iniciales, y también en instancias con la sociedad civil, para consolidar objetivos sanitarios como política explícita del Ministerio para el quinquenio. Exactamente, me refiero a qué pretendemos lograr durante los cinco años en materia de metas sanitarias. Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública establecer claramente cuáles son sus objetivos y metas y llevarlos a cabo con una amplia participación de la sociedad en general.

Este es un componente que también va a tener su expresión en el diálogo social, junto a otros aspectos vinculados a la política sanitaria. Reitero que los desafíos de construir el mayor consenso en la sociedad vinculado a esos objetivos y metas pasa por tratar de conseguir los mayores acuerdos políticos que involucren también a esta Comisión del Senado con la que –reitero– nos interesa mantener un dialogo abierto y permanente.

Si el señor Presidente está de acuerdo, me gustaría que la doctora Lustemberg hiciera uso de la palabra para señalar algunos aspectos específicos de los objetivos sanitarios que creemos merecen un destaque y señalamiento particular.

SEÑORA SUBSECRETARIA.– Agradezco esta instancia de trabajo porque, como decía el señor Ministro, nuestra intención como equipo al frente de esta Cartera es tener un estrecho diálogo con la Comisión de Salud Pública del Senado porque el tema salud, por la sensibilidad que tiene para nuestra población, no se resuelve si no nos ponemos todos de acuerdo. El acuerdo político es crucial.

Estamos trabajando en una estrategia con objetivos sanitarios claros, identificando problemas y áreas donde, pese a los avances, aún tenemos dificultades. Por eso desde los meses de mayo y junio estamos finalizando un proceso en el cual no solo estamos convocando a los técnicos de nuestro Ministerio en el área programática –estamos haciendo un diseño para trabajar en esta área de una forma más transversal, donde se identifiquen los problemas atravesados por el área nutricional, salud sexual y reproductiva, y se dé una mirada por la salud mental con integralidad en cada uno de los temas–, sino también a técnicos del área académica de las sociedades científicas, que trabajan en algunas áreas cruciales como las de enfermedades crónicas no trasmisibles.

Tal como los señores Senadores saben, debido a mi formación y al lugar anterior en el que estaba, entiendo que es especial preocupación del Poder Ejecutivo y de la sociedad entera los temas vinculados con las políticas de primera infancia. En cada uno de estos ejes identificados como prioritarios tenemos determinadas áreas de intervención, porque era inconcebible que siguiéramos avanzando si no teníamos un plan con objetivos sanitarios. Estamos revisando, iniciando un proceso en las metas asistenciales que hasta ahora vienen siendo, sobre todo, vinculantes a la estructura y a los procesos. Ahora estamos muy preocupados en esta discusión que se está dando en cuanto a involucrar indicadores de resultados que impacten directamente en la calidad asistencial de los usuarios, tanto del subsistema público, como del subsistema privado.

Como les decía, el eje prioritario es la primera infancia. Quien dirige esta Comisión y muchos de los que están acá han trabajado para que el Uruguay avanzara muchísimo en los indicadores de primera infancia, pero sabemos que todavía nuestro país mantiene problemas estructurales que requieren una

verdad muy integral, que garantice oportunidades a los solo 48.000 niños que nacen en nuestro país, y sobre todo a los del sector más vulnerable.

Entonces, desde el sector de la salud y en lo que compete a una política en esa área, estamos trabajando en conjunto con los Ministerios de Desarrollo Social y de Educación y Cultura, aportando compromisos claros de cómo reducir la anemia, la desnutrición, la obesidad infantil, otros indicadores vinculados al desarrollo, con objetivos y metas de reducción y un compromiso anual que involucre a los dos subsectores.

En el área de salud sexual y reproductiva, como decía el señor Ministro, estamos trabajando en indicadores que han sido relevantes para el Uruguay, como la mortalidad materna y el anterior, la mortalidad infantil. También nos preocupan mucho algunas dificultades que todavía tenemos como el embarazo adolescente y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y otros, es decir que no solo nos preocupan los indicadores de mortalidad, sino la calidad de la asistencia. Este es un objetivo en el que realmente estamos trabajando, así como en la búsqueda de indicadores que nos permitan hacer una evaluación en el sentido de cómo debemos trabajar porque, a la altura en que estamos de la reforma de salud, nos desvela tener indicadores vinculados a la calidad.

Asimismo, nos estamos ocupando del área del adulto mayor y de la salud mental. Ustedes saben la sensibilidad que tiene esta área para el país y desde aquí estamos generando un grupo de trabajo muy específico.

Estas son las áreas y los lineamientos generales con discapacidad que acompañan otras áreas prioritarias que estamos desarrollando desde el Gobierno en general y desde la salud, acompañando lo que es primera infancia, adulto mayor y discapacidad, con especial énfasis.

Es cuanto quería decir. Luego me voy a referir a otros aspectos.

SEÑOR MINISTRO.– Concretamente, el primer componente del lineamiento estratégico tiene que ver con el desafío indelegable del Ministerio de Salud Pública en cuanto a plantear sus objetivos sanitarios concretos.

El segundo gran lineamiento está relacionado con fortalecer el rol de rectoría del Ministerio de Salud Pública. Cuando nos referimos a ese rol estamos hablando justamente de lo que son las funciones esenciales de Salud Pública, lo que es avanzar en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud y profundizarlo, así como administrar el Seguro Nacional de Salud. En términos de las funciones esenciales de Salud Pública, el Ministerio ha venido desarrollando durante estos últimos años un trabajo de modernización de su gestión, que es imprescindible a la hora de plantearse el desafío de ser el órgano rector. ¿Qué quiere decir ser el órgano rector? Es el órgano que determina políticas sobre la base de que las políticas explícitas tienen un fundamento, que ese fundamento tiene que surgir de la evidencia y que esa evidencia debe surgir de un buen sistema de información. En estos últimos años buena parte de las funciones básicas del Ministerio de Salud Pública están siendo objeto de una modernización –y esto se va a seguir profundizando– con el fin de lograr una mejor y más eficiente aplicación de las normas existentes. Tenemos instrumentos vinculados al desarrollo científico–técnico, que son sustantivos para proceder a profundizar la tendencia de desburocratizar el funcionamiento de organismos que tienen competencia en administrar las políticas públicas. En ese sentido, en estos tres meses ya hemos estado trabajando en la continuación del rediseño de algunos procesos internos del Ministerio para lograr una mayor eficiencia en la toma de decisiones. Me refiero a los procesos de habilitación, tanto de servicios como de tecnologías, a los procesos de control de calidad de los medicamentos y a los procesos de sistematización y cruce de información en las distintas áreas del Ministerio.

En realidad, en el siglo XXI es impensable cumplir un rol de rectoría sin un Estado eficiente, sin un Estado cada vez más y más eficiente. Y eso significa construir una organización que, con la mirada en la población, defina sus necesidades, sus cuadros de conducción y su equipo técnico imprescindible –no excesivo o innecesario– para hacer lo que debe lo más rápida y seriamente posible. Esto que decimos cuidando las palabras y siendo muy lentos en el desarrollo es buena parte del desafío que

tiene el Estado en general, pero en particular en la salud esto es imprescindible a la hora de plantear el cumplimiento eficiente de las funciones esenciales de salud pública y la profundización de la reforma del sistema de salud.

Por lo tanto, cuando hablamos de fortalecer el rol de rectoría, estamos hablando de generar los procesos internos de transformación democrática del Estado en lo que se refiere al funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y de lograr, a través de políticas explícitas, la articulación con todos los sectores vinculados a la salud para seguir en este proceso de construcción de la reforma sanitaria.

Tenemos aquí presente al economista Arturo Echeverría quien, como Presidente de la Junta Nacional de Salud, está al frente del Seguro Nacional de Salud, que es uno de los componentes de la reforma sanitaria que más ha impactado en aspectos vinculados a la equidad y a la accesibilidad de los servicios sanitarios. Esas 2.400.000 personas que hoy están vinculadas al Seguro de Salud a través de la seguridad social –incorporación que ha sido progresiva a través de un conjunto de colectivos– hoy optan por un conjunto amplio de prestadores. Estamos hablando de más de cuarenta instituciones, una de las cuales es el prestador público. Nos referimos a ASSE, que como Administración de Servicios de Salud del Estado hoy tiene 1.100.000 personas vinculadas a su cobertura, 400.000 de las cuales están en el Fonasa, es decir, han optado por el prestador público y de alguna manera están cubiertas a través del seguro. El desafío, justamente, de administrar el Seguro Nacional de Salud, a través de la Junta Nacional de Salud, ha determinado una serie de acciones de este Ministerio a los efectos de la designación de los representantes sociales. Los señores Senadores saben que la Junta Nacional de Salud tiene una representación variada: por el Estado hay representantes de los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas y del Banco de Previsión Social, y además hay representantes de los usuarios, de los trabajadores y de las instituciones prestadoras. Este gobierno tan particular del Seguro de Salud se está instalando progresivamente; incluso las Cámaras ya han definido quién va a ser su representante o cómo van a funcionar en su representación y estamos a horas de poder tener también designados los representantes de los trabajadores y de los usuarios. Este Seguro Nacional de Salud es el que le da recursos al Sistema Nacional Integrado de Salud.

Y quiero detenerme en un concepto que para todos nosotros es sustantivo, que es el de profundizar la integración del Sistema de Salud. El Sistema de Salud, de alguna manera, se expresa en esa multiplicidad de instituciones a las que hacíamos referencia, y el enorme desafío es lograr administrar adecuadamente la tensión existente entre un escenario de competencia de los prestadores por captar afiliados del Fonasa y la necesaria complementación y búsqueda de sinergias que implica el concepto de sistema. «Sistema» y «seguro» es un par dialéctico, para decirlo de alguna manera, y es el órgano rector el que debe administrar esa tensión. En este sentido, quiero transmitir a este Cuerpo la necesidad imperiosa de seguir integrando cada vez más el Sistema. Y esto tiene múltiples razones. Una de ellas es que es el objetivo de la reforma. Pero el aspecto más importante tiene que ver con el hecho de que para cualquier sociedad el gasto en salud debe tener un correlato de resultados. Cuando se responde a lógicas de mercado, de competencia, y no de necesidades en materia de salud, se generan gastos y costos innecesarios desde el punto de vista de política sanitaria. Nosotros estamos, justamente, con el enorme desafío –ese es un esfuerzo que ya estamos haciendo y hemos tenido excelentes respuestas de los distintos actores, que seguramente en el diálogo social se van a expresar con más largo aliento– de cómo logramos construir un mapa de necesidades reales en materia de recursos asistenciales en todo el territorio, para vincularlo al mapa real hoy existente, que no necesariamente responde a las mismas lógicas. Esa brecha entre la situación actual y el mapa de reales necesidades va a ser parte del desafío que tenemos entre manos. La idea es resolver esa brecha de la mejor manera posible, con los mayores acuerdos posibles, tratando, justamente, de identificar las sinergias necesarias y lograr los acuerdos que se requieren. A modo de ejemplo, si en un lugar existen dos maternidades sin ninguna razón, siendo que con una maternidad segura y de enorme calidad se pueden resolver los problemas sanitarios, estaríamos evitando esa duplicación innecesaria que responde a otras lógicas que queremos superar a través de la negociación, el diálogo y la participación de todos los actores. Lo mismo pasa con un conjunto de servicios y de tecnologías que son subutilizadas, y en otras áreas son carentes. El gran objetivo que tiene el Ministerio de Salud Pública es trabajar para definir de una manera participativa, pero con rigor técnico, cuáles son las verdaderas necesidades sanitarias e ir progresivamente tomando decisiones en el día a día que no nos alejen del rumbo, para no avanzar en un desarrollo que solamente puede justificarse en un escenario de competencia entre prestadores.

El concepto de Sistema Nacional Integrado de Salud debe responder a la lógica de las necesidades reales de salud, lo que representa un desafío para la rectoría, para el Estado, y para la ejecución del Ministerio de Salud Pública, de enorme relevancia, que requiere una gran articulación política, institucional, social, gremial y comunicacional. Este es un gran desafío para el país, me refiero a lograr adecuar el gasto en salud a las verdaderas necesidades resolviendo algunas carencias que existen, y evitando algunos excesos que no responden a las reales necesidades asistenciales.

Nosotros creemos que este es el centro de la profundización de la reforma: el análisis sobre cómo construimos entre los distintos subsectores una sinergia, una integración acordada, con reglas claras en las que prime la necesidad de salud, utilizando los recursos adecuadamente, de cara a lo que seguramente sea una revolución en términos de avances científico–técnicos en esta materia. Todo hace indicar que el desarrollo científico técnico de la sociedad en general –en particular en el sector de la salud– en un país como el nuestro, le va a significar un enorme desafío para la incorporación de tecnología en el concepto más amplio del término. Esa capacidad para poder asumir a los colectivos y brindar a la sociedad en su conjunto todas las prestaciones, independientemente del ingreso que cada uno tenga, implica una buena administración de los recursos que actualmente se gastan. Nosotros asumimos la responsabilidad política de gastar bien, de gastar lo necesario, generando los desafíos de la incorporación racional de los avances que la ciencia y la tecnología le imponen a las sociedades en general y a nuestro país en particular.

Estoy hablando de temas como medicamentos de alto costo, de tecnología de gran porte, de generar una masa crítica en materia de investigación en salud. Este es un desafío impostergable para sociedades como la nuestra porque, como en otras áreas, si no se investiga y esto depende totalmente del exterior, no se generan las condiciones para la toma de decisiones en los temas a los que hacíamos referencia, es decir, qué vamos a incorporar, cómo vamos a hacerlo y con qué criterios vamos a anexar los avances científico–técnicos. Este es un desafío planetario.

Inmediatamente de decir esto, tenemos que comentar que, junto con la doctora Lustemberg, la primera medida que adoptamos fue firmar el formulario de declaración de conflicto de intereses para prevenir eventuales incompatibilidades establecidas en el actual marco normativo nacional. Todos los jerarcas de este ministerio que toman decisiones tienen que firmar el formulario de declaración de conflicto de intereses. Esto tiene que ver, de alguna manera, con establecer con precisión cuál es la situación laboral vincular de todos los que toman decisiones en el área de la salud en esos temas a los que hacíamos referencia. Como en ellos todo tiene que ver con todo, nos parece muy importante que toda la estructura del ministerio, desde los que se encuentran en las oficinas centrales hasta los que están en el territorio nacional y toman decisiones en el sector salud, firme el citado formulario. No es nada más ni nada menos que ser transparentes en cuanto a su situación personal. A la hora de tomar una decisión que pueda poner en riesgo un eventual conflicto de intereses, eso se puede clarificar y, a partir de ahí, tomar las decisiones pertinentes internacionalmente aceptadas que de alguna forma nuestro país debe cumplir.

Al respecto, estamos trabajando con la Junta de Transparencia y Ética Pública para que, cuando tengamos alguna duda, podamos acudir a sus servicios para esclarecer los procedimientos a llevar adelante.

Dicho esto, que nos parece que es el centro del debate sobre cómo profundizar la reforma, tener un rumbo claro hacia la integración del sistema y cómo administrar bien los recursos de la población para resolver sus necesidades, me voy a referir a otro de los componentes de los lineamientos estratégicos vinculado con la mejora de la gestión asistencial, la calidad de atención.

Cualquier reforma sanitaria que aumente la cobertura tiene que poner la lupa en que no disminuya la calidad de la atención. Ahora bien, cuando uno habla de calidad de atención tiene que bajar a tierra el tema. ¿Qué quiere decir? Muchas cosas: que haya una estructura edilicia adecuada, un proceso de atención conveniente, pero también que haya resultados satisfactorios. El sistema de financiamiento de la reforma –recién hacía un comentario la doctora Lustemberg– está vinculado a lo que hacíamos referencia previamente sobre el seguro de salud. El seguro paga una cápita por afiliado Fonasa ajustada a sexo y edad, así como un complemento –aproximadamente un 8 % de lo que reciben las instituciones– vinculado a algunas metas asistenciales que, a lo largo de estos años, han venido

teniendo pequeñas variaciones. Justamente, en el debate con las instituciones en la Junta Nacional de Salud hemos incorporado la necesidad de repensar algunas de esas metas asistenciales, de esos estímulos económicos a las instituciones para, de alguna forma, generar una clara direccionalidad tendiente a premiar las buenas prácticas de aquellas instituciones que logren buenos resultados en materia de atención en la salud como un reconocimiento y un estímulo, de manera de arrastrar al mismo objetivo a aquellas otras que no lo han logrado. En ese aspecto –este es otro tema que uno puede mencionar muy rápidamente–, la literatura relativa a la medición de calidad está llena de fracasos. No es fácil medir calidad de atención. Por lo tanto, estamos tomándonos un tiempo y generando ámbitos de discusión local y también internacional. Les puedo decir que se cuentan con los dedos de una mano las experiencias positivas a nivel internacional en este tema. De modo que estamos en contacto con esas organizaciones y vamos a empezar a medir calidad de atención a través de un conjunto de indicadores que estarán vinculados a esas metas, a esos complementos que el seguro de salud establece para estimular las buenas prácticas. Reitero que es un tema trascendental estimular la buena performance. Seguramente, todos podemos tener distintos tipos de experiencias, personales o familiares, en el contacto con los servicios de salud y uno sabe y percibe que tenemos que mejorar mucha cosa. De alguna manera, la accesibilidad, la humanización de la atención, la capacidad de resolución de los problemas en el lugar que corresponden son elementos sustantivos al hablar de la calidad en la atención.

Estamos totalmente afiliados a la idea de que en el primer nivel de atención, es decir, en la policlínica, con el médico de referencia, con el médico tratante, con el equipo de salud básico, se resuelve la enorme mayoría de los problemas de salud. Hay abundantes ejemplos al respecto. Queremos identificar cuántos de los problemas de salud que hoy existen se resuelven en el primer nivel de atención para no generar una sobreutilización innecesaria de especialistas que ocasionan más costos asistenciales, más tiempos de espera y más insatisfacción de los usuarios. De alguna forma, las cosas no se resuelven donde se tienen que solucionar.

Entonces, uno de los componentes de la calidad tiene que ver con identificar la capacidad de resolución de los distintos niveles, repito, promoviendo la capacitación, incorporando equipamiento y aplicando políticas de estímulo. La idea es que el sector salud, en general, logre consolidar un primer nivel de atención con capacidad resolutiva, generando eficacia y eficiencia en los problemas asistenciales.

Somos conscientes de que podemos tener alguna dificultad con ciertos componentes de dotación de especialistas en algún sector de la población. Como decíamos antes, eso tiene que ver con el diseño a veces innecesariamente concentrador de recursos en alguna parte del país y faltante en otras. A veces hay problemas de distribución de recursos humanos y también está este tema de la capacidad de resolución de los niveles asistenciales, que es donde deben resolverse, necesariamente, los problemas.

Otro enorme desafío tiene que ver con el cambio en el modelo de atención de forma de lograr que el primer nivel de atención resuelva efectivamente. Ese es un gran desafío que también da cuenta de la profundización de la reforma.

Para nosotros, entonces, la calidad de la atención tiene que ver con todos estos temas: con la utilización adecuada de recursos, con la humanización de la relación médico–paciente y equipo de salud–paciente, con evitar gastos y tiempos de espera innecesarios, adecuando el proceso de atención a las necesidades de los usuarios.

El cuarto componente estratégico tiene que ver con desarrollar un potente sistema de información en salud. Nadie puede gestionar sin un importante sistema de información. Un potente sistema de información no quiere decir tener un volumen de datos desagregados, inconexos, que no dialoguen entre sí. Los sistemas de información son claves para la toma de decisiones y la construcción de un sistema de información –y en estos dos períodos se ha avanzado muchísimo– que tiene que seguir mejorando. Estamos trabajando con la Agesic para consolidar un sistema de información de salud que apunte al cumplimiento de las funciones esenciales del Ministerio y la administración del Sistema Nacional Integrado de Salud. No voy a avanzar más en esto porque sería de Perogrullo: no se puede gestionar nada ni tomar decisiones serias sin un potente sistema de información. Por tanto, si tenemos

que tomar decisiones en temas trascendentales, necesitamos darle mucha importancia al sistema de información.

En quinto lugar, se debe formular una política de comunicación para usuarios, equipo y personal de salud que conste de varios componentes. Uno de ellos tiene que ver con algo clave: con el involucramiento de la población en el cuidado de su salud. La salud es un área a la cual acuden un conjunto de actores pertenecientes a la sociedad, con intereses muy variados y en los que inciden algunos de los hábitos y costumbres a que hacíamos referencia, para consolidar algunos comportamientos vinculados con la enfermedad o la salud. Además de apostar a comunicar más y mejor a fin de modificar estilos de vida en consonancia con objetivos sanitarios, tenemos por delante el enorme desafío –así está construido el diseño de la reforma de la salud– de involucrarlos para el propio gobierno del sistema, para el funcionamiento del Directorio de ASSE y para el funcionamiento de la Junta Nacional de Salud. Allí tenemos un enorme trabajo por consolidar que se da en un escenario en el que los medios de comunicación juegan un rol fundamental y sustantivo para lograr cambios en los comportamientos y un mayor involucramiento en el sector de la salud.

En sexto término, se debe modernizar y racionalizar infraestructura y equipamiento con lógica de sistema. Estamos trabajando muy fuertemente con los dos subsectores: el privado y el público. El Directorio de ASSE hoy se encuentra parcialmente integrado y estamos a la espera de la designación del representante de los usuarios y del de los trabajadores. Nos encontramos construyendo el mapa de los actuales recursos y, de alguna forma, apostamos en el próximo presupuesto a poder resolver algunos temas vinculados, en particular, con las necesidades el subsector público en algunas áreas específicas donde debe seguir mejorándose la inversión. Si bien se ha hecho mucho en materia de inversión en el subsector público, creemos que aún quedan pendientes algunas necesidades en materia de infraestructura que se deben resolver, siempre con cabeza de sistema –de no mejorar infraestructura que no sea estrictamente necesaria–, apuntando a consolidar sinergias interinstitucionales para asegurar un desarrollo armónico en todo el territorio de las distintas áreas vinculadas con equipamiento e infraestructura.

Finalmente, en el punto séptimo hacemos referencia a instalar en la salud una política de mejora de gestión en el área de los recursos humanos. Acá tenemos un enorme desafío porque el área de la salud involucra a muchísimos actores, no solo vinculados con la atención directa, sino también relacionados con la gestión asistencial. Como punto de partida y como grandes objetivos apuntamos a reducir algunas inequidades en materia de retribuciones, y no hablo de las existentes entre el sector privado y el público, sino de las que se dan dentro del propio subsector público, las que, por distintas razones, se fueron generando a lo largo de la historia, pero que hay que tratar de disminuir progresivamente. Queremos incorporar un sistema de retribuciones variables, asociadas a metas, sujetas a resultados y, para eso, obviamente tenemos el Sistema Nacional de Información en salud como un aspecto sustantivo, pero además existe necesidad de una política tendiente a estimular, reitero, el buen desempeño. Se apunta a que se evalúe la *performance* de quien realiza las cosas con vocación de servicio –como corresponde en el caso de los trabajadores públicos–, y a los buenos trabajadores, ya sean funcionarios o profesionales, en general, del área del sector profesional; de alguna manera, se trata de que avancemos en un sistema que progresivamente estimule el buen desempeño. No estamos diciendo nada extraño, hay mucha evidencia de esto en el mundo. Queremos estimular las buenas prácticas, no solamente en las instituciones y referidas al financiamiento del seguro, sino también en los equipos de salud, en el papel que estos tienen, de alguna manera, en su desarrollo.

En estos pocos días ya hemos previsto una reunión con todos los directores técnicos de las instituciones asistenciales, en la que vamos a comenzar a trabajar y generar nuevas líneas de base, para decirlo de alguna manera. Es decir que se evaluará cuál es el estado de situación en materia del desempeño en las distintas áreas, de tal manera de poder ir progresivamente fijándonos metas que estimulen el buen desempeño y la buena calidad en el trabajo.

Tenemos, entonces, el objetivo de reducir el multiempleo, de tratar de ir concentrando a los trabajadores de la salud en las distintas instituciones, fidelizándolos, comprometiéndolos en planes estratégicos institucionales y superando lógicas que tienen que ver, justamente, con escenarios distintos al de la reforma de la salud, que son previos a ella y que no han logrado históricamente –en

ninguna parte del mundo, y tampoco aquí– consolidar responsablemente los buenos indicadores en materia de salud.

Creo que esto tiene que ver, reitero, con un proceso de acumulación que, de alguna manera, en estos años ha logrado enormes avances en cada uno de estos componentes a que hacíamos referencia y que requieren, en el tercer gobierno de esta fuerza política y en nuestra responsabilidad, seguir mejorando y apostando a una optimización en los indicadores sanitarios, en el gasto en salud, en las retribuciones sujetas a desempeño, en identificar las buenas prácticas y en la administración adecuada de los recursos.

Diría que en este momento podríamos hacer un «estate quieto». Básicamente esos son los grandes ejes y aspectos que queríamos comentar, pero obviamente, en función de las inquietudes de los señores integrantes de la Comisión, podríamos profundizar en algún otro tema.

Gracias.

SEÑOR AGAZZI.– Agradecemos mucho la presencia del señor Ministro y de todo su equipo para empezar –como lo están haciendo– a fijar objetivos y metas. Este es el camino racional de todas las buenas intenciones de hacer las cosas bien.

A un nivel muy general y para no abordar asuntos concretos –que no es el sentido de la sesión de hoy–, señor Presidente, quisiera preguntar dos cosas: sobre una de ellas hemos trabajado bastante en la Comisión y la otra está bien instalada en la opinión pública y tiene que ver con el tratamiento de los pacientes psiquiátricos.

Por ahí hemos oído distintas opiniones en relación a que ya se terminó el paradigma manicomial, pero quisiera saber en qué está todo esto porque también oímos que se está trabajando en ese tema y como se trata de un área en que la realidad muestra que estamos muy atrasados y con muchos problemas, seguramente se están invirtiendo esfuerzos importantes de los equipos; en algún punto estará todo esto. Me parece que, como Comisión de Salud Pública, es bueno que recibamos la información acerca de en qué punto está el tratamiento de este asunto tan delicado y, también, tan sensible.

El segundo asunto que quería mencionar es que en el período pasado hemos trabajado mucho, y de hecho en el Senado aprobamos una ley relativa al tratamiento sanitario del consumo problemático de drogas. Eso lo enviamos al Poder Ejecutivo a los efectos de que las nuevas autoridades nos comuniquen si se sigue con los lineamientos que se habían trazado.

Esto tiene una estructura. En primer lugar, es un problema muy complejo de la sociedad. El consumo problemático de drogas ha crecido sin que ninguno de los actores que trabajan por la salud pública tenga dudas de que todos los partidos políticos deben involucrarse en la lucha contra ese flagelo que, sin embargo, camina y avanza en la sociedad. Nosotros discutimos mucho, revisamos toda la legislación que había en el Uruguay antes, sabemos que ha sido motivo de tratamiento por parte de la Junta Nacional de Drogas, y la Secretaría Nacional de Drogas fue muy activa al respecto. Conocemos el decreto presidencial, lo analizamos con mucho cuidado; sabemos que establece el sistema, las distintas instancias que tiene, los distintos tipos de establecimientos, los dispositivos –así es como los llama el reglamento–, el papel que cumplen los dispositivos iniciales –o el dispositivo Ciudadela–, e inclusive el comienzo de organización de dispositivos en otros lugares del territorio, yendo a alguno de ellos en su inauguración. Y llegó un punto –cuando se produjo el cambio de gobierno– en que estaba comenzando a implementarse. Recuerdo todo lo que se habló acerca del Portal Amarillo y sus insuficiencias, y posteriormente su inclusión dentro de un conjunto de dispositivos más racionales y con una política general.

Por lo tanto, con relación a este tema –el tratamiento del uso problemático de drogas–, al igual que respecto al punto anterior que planteé, quisiera que se nos informara –si ello es posible para la delegación que nos visita– en qué estado de situación nos encontramos, porque son asuntos importantes.

SEÑOR GARCÍA.– Agradezco mucho la presencia del señor Ministro de Salud Pública, doctor Jorge Basso, así como también la de la Subsecretaria de Salud Pública, doctora Cristina Lustemberg, la del economista Echevarría, la de la licenciada Acuña y la del licenciado Suárez.

En primer lugar, quiero decir algo que me parece bien destacable y lo quiero reconocer de entrada. Me refiero al hecho de haber escuchado una exposición que tiene un centro que parece es la línea estratégica del Ministerio: la calidad de la atención. Lo quiero destacar al comienzo. Me parece un aporte significativo en todos estos años en los que uno ha tenido una mirada crítica sobre algunos aspectos del sistema de salud, en los que hemos reclamado comenzar a hablar sobre lo que hace a los aspectos de la calidad de la atención que, en definitiva, es a lo que cada uno de nosotros, cuando estamos del lado del mostrador como usuarios, nos toca. Quiero destacarlo porque buena parte de toda la intervención interesantísima que hizo el equipo del Ministerio se ha basado en eso.

En segundo lugar, lo otro que quiero señalar, también muy vinculado a estos aspectos que hacen a la calidad –en este caso a la calidad de gestión, y ya va con una pregunta incluida–, tiene que ver con el Sistema Nacional de Información. Esto es algo que quiero subrayar. Me parece un dato muy importante que ha señalado el Ministerio. Sinceramente, hace unos años uno podía seguir con bastante actualidad –sobre todo por los sistemas informáticos, por la página web del Ministerio– los índices de salud, pero en los últimos años la información quedó muy retrasada. Hoy en día es importante tener una sociedad conectada con acceso a la información. Diría que para cualquier persona, sea gestor, dirigente político, integrante de una organización social, usuario o ciudadano, es parte de un derecho esencial tener acceso a la información, en este caso, a una información tan sensible como es la del área de la salud. En este sentido, me gustaría saber si se está pensando en tener una actualización *online* o lo más vigente posible de todo lo que hace a los índices de salud, que representaba un debe de los últimos años. Es más, diría que en los últimos cuatro, cinco o seis años –por poner un dato numérico– uno ingresaba a la página web y no encontraba la información actualizada.

Por otro lado, quiero consultar acerca de la integración de los usuarios y de los trabajadores de la salud a la Junta Nacional de Salud. Sobre este tema, acabo de solicitarle a la señora Secretaria de la Comisión que me proporcionara la Ley Nº 18211, relativa al Sistema Nacional Integrado de Salud, para refrescar la norma, en particular, lo que establecen los artículos 25 y 26 que dicen relación con la integración plural de la Junasa. Precisamente, esta última disposición refiere a la reglamentación –que es un debe– y a las garantías sobre los mecanismos de selección democrática de los representantes sociales. Más allá de que el señor Ministro manifestó que en pocas horas más se estaría terminando con la integración de la Junta, quisiera saber cuáles son los mecanismos democráticos –establecidos en la ley– que se están previendo para la integración de estos colectivos a la Junasa.

Otra inquietud tiene que ver con la aplicación de lo que se dio en llamar medios de legalización de la marihuana. Sabemos que este no es el nombre correcto de la ley, pero así la conocemos en el Uruguay. Independientemente de la posición que tenga cada uno de nosotros con respecto a este tema, nos gustaría conocer en qué etapa se está con respecto a la venta de cannabis, producto de que se discutió mucho acerca de su venta en farmacias. Sabido es que la posición de quien habla es negativa respecto a la ley, pero la norma existe. Por lo tanto, queremos saber en qué etapa se encuentran estos aspectos.

En lo que tiene que ver con el HPV, me parece que el último paso que se dio ha sido en el sentido correcto, aunque tímido. Creo que después de tanto tiempo de militancia que varios hemos tenido sobre este tema –concretamente en mi Partido–, ha sido notorio el reconocimiento de lo que antes no se reconocía respecto a la necesidad y beneficios que tiene esta vacuna. Es bueno que ahora sea ofrecida y que se hayan quitado algunos obstáculos como, por ejemplo, la firma del consentimiento –entre otra serie de pasos que el señor Ministro detalló–, y que constituía una limitante al acceso a la vacuna. Más allá de los pasos que se han dado, a uno le da la impresión de que sin que haya una campaña masiva de información con respecto a los beneficios de esta vacuna, no se va a ampliar el acceso a la misma. Es claro que ni los niños uruguayos ni los que viven en cualquier parte del mundo salen corriendo a vacunarse. Esto va contra la naturaleza de las cosas, y mucho más si no hay una campaña pública muy fuerte, como la hay con la vacuna contra la gripe. Es notorio que con respecto a esta última existe una campaña muy fuerte de difusión pública. Reitero que en lo que a la vacuna del HPV se refiere, sigue sin informarse masivamente a la población. En este sentido, me gustaría saber si ello se está previendo y si hacen falta recursos para realizar la campaña. Recuerdo que estamos a las

puertas de una ley presupuestal y, como ahora todos concordamos en este aspecto, sería bueno saber si hacen falta recursos para incluir el o los artículos correspondientes que los provea que, si no me equivoco, no deben ser muy abundantes pero sí necesarios para llevar adelante la campaña.

Por último, quiero referirme al Hospital de Clínicas. Este es un tema que a todos nos preocupa y, seguramente, hay muchas visiones sobre este asunto, pero solamente hay una que a todos nos comunican y es que el Hospital está en una situación que requiere soluciones de fondo. Quisiera saber, entonces, qué está pensando el Ministro con relación a este asunto. No quiero adelantar ningún comentario, simplemente quiero escuchar la opinión del Ministerio porque para eso estamos.

Muchas gracias al señor Ministro y a su equipo.

SEÑOR MOREIRA.– Quiero dar la bienvenida al señor Ministro y a su equipo. Pido disculpas por haber llegado tarde.

El señor Senador García recién preguntaba por la Junasa. Recuerdo que en el año 2007 –lo tengo muy claro– cuando se crea ASSE como Servicio Descentralizado, que está bajo la tutela constitucional del Ministerio de Salud Pública, se establece que la representación social está a cargo de trabajadores y usuarios. A su vez, en la propia ley se establece que se dictará una reglamentación para definir la forma de elección de esos representantes sociales para que tengan la debida representatividad.

Por otro lado, en la legislatura pasada, en otra ocasión, otro proyecto de ley prorrogaba el plazo que ya estaba ampliamente vencido. Recuerdo que en ese momento dije que íbamos a prorrogar algo que iba a incumplirse nuevamente. Y, efectivamente, así fue. No se cumplió porque seguimos sin tener esa reglamentación que considero totalmente necesaria.

Ni hablemos de cómo terminó el asunto relacionado con Alfredo Silva, representante de los trabajadores. A su vez, nadie sabe cómo fue elegido el representante de los usuarios, que creo se llama Wilfredo López, porque nadie sabe muy bien a quién representa ya que, de hecho, ASSE tiene más de un millón de usuarios.

Hace unos días nos visitó el señor Ministro de Trabajo y Seguridad Social, señor Ernesto Murro, quien habló de cambiar el sistema de elección en el Banco de Previsión Social para que se asegure la representatividad de los integrantes de los distintos sectores. Como consecuencia de esos comentarios, le planteé que podría trasladar esa inquietud al Ministerio de Salud Pública y a las autoridades de ASSE, y él me comentó que estaba cerca de buscar un mecanismo que fuera ampliamente democrático y que asegurara esa representatividad.

Por tanto, me gustaría saber cómo va evolucionando este asunto, ya que lo hemos reclamado insistentemente. Han pasado ocho largos años y seguimos en veremos. Me parece que este es un tema realmente muy importante. Nosotros hemos discutido la integración o no de representantes sociales, pero ya que los hay y está asegurado que siga habiéndolos, por lo menos que los que se elijan, se elijan bien y democráticamente. Reitero, me gustaría saber cómo está planteado este tema.

Otro aspecto que ha sido noticia en los últimos tiempos y que también ha generado un elevado nivel de conflictividad en el Hospital Vilardebó es el de los pacientes privados de libertad que son remitidos allí por orden judicial y que, según dice la prensa –no sé si eso es verdad–, representan un importante porcentaje de la población atendida en ese Hospital. Ellos han generado una serie de conflictos con fugas y violencia.

Por esas razones, quisiera saber cómo se plantea la realidad en el hospital porque ahora se está hablando de un hospital penitenciario. ¿En qué estado se encuentra eso? Me imagino que el Ministerio de Salud Pública coordinará esta actividad con el Ministerio del Interior y con el Instituto Nacional de Rehabilitación. Sin duda, este no es un tema menor ya que, aparentemente, son cientos o muchísimos los pacientes psiquiátricos privados de libertad que están allí internados. Entonces, me gustaría conocer en qué está ese proceso y cuál es el ritmo al que va marchando.

SEÑOR MINISTRO.– Siguiendo el orden de las preguntas planteadas, quiero señalar que la salud mental en nuestro país es un tema de política pública de primer orden.

La señora Subsecretaria decía que se estaban generando grupos de trabajo tratando de identificar objetivos sanitarios, algunos de los cuales vinculados precisamente a la salud mental.

En realidad, nosotros partimos de una situación en la cual, desde el punto de vista del marco legal existente, tenemos que remitirnos a los años 1936 y 1948 como únicas leyes vigentes. Entendemos que, sin perjuicio de que pueda haber una discusión en cuanto a si las leyes resuelven o no todos los problemas en esta materia, parece razonable que hagamos el esfuerzo para tener un marco legal un poco más moderno y más adecuado, incluso, con alguna terminología que, en realidad, hoy no se concibe. Me refiero a ese modelo asilar, a esa idea del psicópata, es decir, a esa visión que consiste en tener a los enfermos lo más lejos posible de las zonas urbanas. De alguna forma, eso tenemos que transformarlo en un modelo más moderno, puesto que el tratamiento de los enfermos psiquiátricos en el mundo tiende a hacerse en los hospitales generales. Cada vez son menos los enfermos psiquiátricos que requieren una intervención crónica. Por lo tanto, cualquier planteamiento que aborde la problemática vinculada a la salud mental necesariamente tiene que incorporar nuevas herramientas tendientes a proteger a esta población que, sin dudas, requiere cierta tutela, cierto acompañamiento y cuidado, pero sin que ello determine que se institucionalice a la persona en un hospital específico vinculado a la salud mental. En realidad, en los últimos años se ha venido desarrollando, con distintas denominaciones, una tendencia a lo que son casas de media estadía, hogares protegidos, que no albergan a más de veinte o veinticinco pacientes en una estructura más parecida a un hogar, con cierto acompañamiento y también con el mayor grado posible de inclusión en la sociedad. Esto implica un conjunto de desafíos que no solamente son del sistema de salud sino de la sociedad en general, en cuanto a incluir en su funcionamiento cotidiano a personas con problemas de salud mental, con comportamientos diferentes, pero con las cuales debería ser posible convivir en nuestro país, tal como ocurre en otras partes del mundo. Esto tiene que ver con políticas de inclusión, culturales, educativas y sanitarias que permitan, reitero, un tratamiento ambulatorio de personas que hasta ahora, de alguna manera, han permanecido institucionalizadas.

Muchas de estas actividades han quedado exclusivamente vinculadas al sector público, y realmente no parece razonable que en un sistema integrado la responsabilidad sea solo del prestador del Estado. Por lo tanto, aquí también hay un desafío institucional de cómo involucramos el Sistema Nacional Integrado de Salud con el abordaje de esta problemática. En este momento estamos trabajando con ASSE, justamente, en lo que tiene que ver con el Hospital Vilardebó, que tiene el enorme desafío –mientras se termina de construir el hospital penitenciario– de albergar en la denominada Sala 11 a un conjunto de personas que han cometido algún tipo de delito y están allí para que se identifique la eventual afección psiquiátrica que actuará como atenuante o agravante de su situación penal. Esto, de alguna manera, genera un conjunto de desafíos para el funcionamiento institucional de un hospital general, para un hospital público en particular y para toda la sociedad. Nosotros, justamente, estamos trabajando con el Ministerio del Interior sobre la idea de un diseño y un proceso de construcción de un hospital penitenciario que debe necesariamente resolver estos problemas que hoy son, de alguna manera, un componente no necesario en un hospital psiquiátrico, ya que necesariamente se tiene que tender, reitero, –eso es parte del desafío que tiene la sociedad en su conjunto– cada vez más a incorporar la atención psiquiátrica en los hospitales generales. Esto es así en el mundo desarrollado. Reitero que hay un tema de estigmatización, de segregación, hay un modelo asilar que, de alguna manera, está superado, pero todavía existen estructuras que están en proceso, que son remanentes y que hay que administrarlas para lograr superarlas.

Quiero hacer referencia –porque nos acompañó el señor Senador que preside esta Comisión– al lanzamiento de un equipo de trabajo que está vinculado con el desafío de generar insumos para trasladar a este ámbito, al parlamentario, propuestas para la unificación del marco legal existente. Ya ha habido avances que finalmente no se concretaron, pero vamos a ver si lo podemos hacer en este Período. Por eso, este tipo de vínculo es fundamental; se trata de que nuestro país tenga un marco legal acorde al siglo XXI en materia de legislación referida al tema de la salud mental, a lo que se agregaría que el Sistema Nacional Integrado de Salud avanzaría en términos de incorporar lo que se llama Plan Integral de Atención a la Salud –el famoso PIAS– es decir, aquellas prestaciones que son obligatorias para todos los integrantes del sistema, más actividades y procesos obligatorios para todos los prestadores, no solo los públicos. Como es de conocimiento de todos los señores Senadores, hoy

hay un determinismo a propósito del funcionamiento de las obligaciones que tienen las instituciones, hay un conjunto bastante significativo de prestaciones –lo que algunos llaman la canasta básica de prestaciones– que es incomparablemente superior a las que existen en buena parte del mundo como responsabilidad de las instituciones, pero en el área de la salud mental hay cosas a incorporar para todos los prestadores y no solamente para que sean atendidas desde el sector público. Este es un enorme desafío que, de alguna manera, está dentro de los objetivos sanitarios –a los que hacía referencia la doctora Lustemberg– del Programa Nacional de Salud Mental. Lo mismo sucede con el consumo problemático de drogas. En este sentido, hicimos alguna referencia muy al pasar sobre el tema alcohol, pero están el resto de las drogas, que son una problemática sanitaria, pero también son un tema problemático de salud.

Hace una semana concurrí a la Asamblea Mundial de la Salud –por razones de responsabilidad– donde el Secretario General de Naciones Unidas, Kofi Annan, dio un mensaje –se puede ver en YouTube– en el que hizo clara referencia a la necesidad de avanzar en un encare sanitario de la política de drogas. Las políticas vinculadas a la judicialización de este tema, a la penalización –no son palabras mías– han provocado más daños que beneficios, y han sido más graves y han generado más daño las consecuencias de aplicación de políticas de combate y control de las drogas, que las propias drogas. Esto fue lo que se dijo desde las Naciones Unidas. Quiere decir que este es un tema en revisión en el mundo, de cómo se aborda desde el sector salud con todas sus complejidades. Nosotros, obviamente, estamos trabajando de manera muy articulada con la Junta Nacional de Drogas, con la Subsecretaría de Presidencia desde donde se establecen buena parte de estas políticas con la idea de fortalecer la visión sanitaria en atención a la drogadicción.

El Programa Integrado de Atención a la Salud –PIAS– tiene incorporadas algunas prestaciones vinculadas a la desintoxicación aguda pero queda mucho por resolver en materia de la sostenibilidad del tratamiento a mediano y largo plazo, lo que muchas veces queda vinculado a las experiencias puntuales de algunas organizaciones civiles, religiosas y de la actividad privada. Es fundamental ir avanzando en una respuesta sanitaria desde el Sistema Nacional Integrado de Salud.

De todos modos, el titular es el siguiente: a nivel internacional, concretamente de las Naciones Unidas, se está consolidando un pensamiento con el mensaje de que hay que abordar el problema de la droga desde el punto de vista sanitario.

SEÑOR GARCÍA.– Respecto a lo que recién mencionaba el señor Ministro, como anotación al margen quiero decir lo siguiente.

Cuando en los organismos internacionales se habla de despenalizar hay que tener mucho cuidado porque no hablamos el mismo idioma; no se habla de despenalizar en el mismo sentido. En el Uruguay –estoy diciendo una obviedad porque todos lo sabemos– la despenalización del consumo individual existe desde hace muchísimos años; el consumo individual no está penalizado. Entonces, cuando en nuestro país hablamos de despenalizar estamos hablando de la despenalización de la producción y de la comercialización. Cuando los organismos internacionales hablan de despenalización –y más cuando se menciona a las Naciones Unidas– hay que tener en cuenta que las Naciones Unidas ratifica la penalización de la producción y el comercio que es lo que en nuestro país se despenalizó. En Uruguay el consumo personal no es penalizado mientras que en Argentina y Brasil sí lo es.

La anotación al margen es que las Naciones Unidas no están –al menos que yo sepa– hablando de la despenalización de la producción y del comercio porque sigue insistiendo en el tema de la ilegalidad del comercio de la droga.

SEÑOR MOREIRA.– Quiero trasmitir una inquietud.

Nosotros estuvimos en contra de ese proyecto de ley que fue muy opinable y sobre el cual hay distintas teorías. Nos ha llamado la atención la demora en la instrumentación de la reglamentación y su puesta en práctica. Creo que están funcionando los clubes de membresía y el autocultivo con algún control, pero lo que todavía no se ha reglamentado es la famosa venta en farmacias que se planteaba y la forma de comercialización con determinadas inscripciones y demás. Me imagino que el Ministerio

de Salud Pública tiene que jugar un rol fundamental en ese proceso porque tiene que ver con su propia competencia. Por lo tanto, me gustaría saber en qué etapa del mismo nos encontramos. No recuerdo exactamente cuándo se aprobó la ley de control y regulación de la comercialización de la marihuana pero debe hacer, por lo menos, un par de años. Sí recuerdo que estuvo dentro de las medidas que se tomaron para mejorar la seguridad pública, fue una de las tantas baterías utilizadas para lograr ese objetivo. Reitero que nos llama la atención la demora en la reglamentación y la puesta en práctica de la comercialización a nivel de las farmacias y otros lugares.

SEÑOR MINISTRO.– Simplemente me voy a remitir –seguramente está en la página *web*– a las palabras emitidas en Naciones Unidas al respecto donde, justamente, se hace referencia a que el combate a las drogas ha producido más daños que la droga misma y que el encare debe ser desde el sector salud, básicamente desde el punto de vista sanitario, sin perjuicio de las demás acciones.

Estamos trabajando, junto con la Junta Nacional de Drogas, sobre el cumplimiento estricto de la ley. Hay una serie de pasos que se han venido dando y que venimos acompañando –hace apenas tres meses que estamos en la función– vinculados a las actividades de los clubes de membresía y a los autocultivadores que son, justamente, parte del marco legal. Lo demás tiene que ver con el cultivo del cannabis para la posterior venta. Por lo tanto, diría que hay un problema hasta biológico, de tiempo. Además, junto con los órganos correspondientes –en particular el Instituto de Regulación y Control del Cannabis, IRCCA– y de acuerdo con sus respectivas responsabilidades, se está analizando cómo va a ser ese proceso. En definitiva, hasta tanto no se modifique la ley, se cumple; eso es lo que ha dicho el señor Presidente y nosotros nos adherimos a sus palabras.

Quiero hacer referencia a la necesidad de campañas masivas vinculadas a la vacuna contra el HPV. Hoy nos acompaña la comunicadora Soledad Acuña –que es nuestra referencia en comunicación– y queremos dar cuenta de que tenemos un plan de comunicación que involucra la promoción de las campañas. En todas partes del mundo las vacunas no obligatorias tienen problemas de cobertura, tal como sucede en Europa con las vacunas que hoy nosotros tenemos en el plan ampliado de inmunizaciones. Es decir que en el primer mundo también hay problemas de cobertura. La vacuna contra el HPV no es obligatoria en ninguna parte del mundo, salvo alguna excepción muy puntual. Reitero que tenemos una Comisión Nacional Asesora en Vacunación que de alguna forma nos mantiene atentos y nos va comunicando sus decisiones en función de la evidencia a nivel internacional y de las conductas de organismos de referencia para este tipo de toma de decisiones. Insisto: es un tema que seguimos muy de cerca y podemos decir que hay una voluntad explícita por parte del Ministerio de Salud Pública de hacer campañas para la promoción de la vacuna.

Con relación al Hospital de Clínicas pensamos que en la medida en que es un hospital universitario estamos en contacto con las autoridades universitarias y el marco de referencia tiene que ver con su incorporación al Sistema Nacional Integrado de Salud. La propia ley establece que ASSE como prestador integral coordina y articula a todos los prestadores parciales públicos a un diseño sistemático de funcionamiento del subsector público.

Seguramente el señor Rector, que de alguna manera se ha mostrado muy afín a esta propuesta, está procesando la toma de decisión que tiene que ver con lograr que el Hospital de Clínicas, en términos de gobierno y de gestión, articule con ASSE –porque el 99,9 % de los usuarios de dicho hospital son de ASSE– para buscar la integración, complementación y coordinación de esa estructura asistencial, de manera tal de viabilizar los procesos que a partir de ahí se desencadenan en torno a las condiciones edilicias y a las mejoras que haya que hacer desde el punto de vista de las inversiones.

Con relación al tema de integración de los representantes sociales en los organismos de gobierno del Sistema de Salud, cabe señalar que estamos generando las condiciones para que en ese debate del diálogo social veamos cómo logramos la máxima representación de usuarios y trabajadores en los organismos de conducción. Como muy bien aquí se ha dicho puede haber distintos matices acerca de si es pertinente o no que representantes sociales estén en organismos de conducción. Este es un tema que admite varias lecturas. La reforma sanitaria los tiene incorporados y a nosotros nos parece bien que así sea. Por lo tanto, queremos realizar un debate de largo aliento que identifique los distintos escenarios posibles para asegurar la mayor democratización en la toma de decisión en la elección de

los representantes. Obviamente, muchas de estas organizaciones –fundamentalmente las de usuarios– son de reciente instalación. En general, en el mundo, y también en nuestro país, los movimientos de usuarios están en desarrollo y generando institucionalidad. Entonces, como teníamos un problema práctico, hemos tomado algunas decisiones que se expresaron en un decreto que estableció un procedimiento que, si bien nos satisface plenamente, es un paso en un proceso en construcción. La idea es que los distintos movimientos de usuarios existentes nos envíen propuestas de nombres –acompañados de los currículos– para integrar estos organismos junto con una serie de informaciones que les hemos solicitado. Queremos saber cómo funcionan estos movimientos, si tienen personería jurídica, cómo deciden su orgánica, las actas que tienen y en qué lugares del país se encuentran o en qué ámbitos de participación en salud están presentes. En el marco de la reforma del sistema de salud existen ámbitos departamentales –además de la Junta Nacional de Salud, que es el organismo central–, como las Juntas Departamentales de Salud, que nuclean a los distintos actores en cada departamento, y las Juntas Locales de Salud, que tienen su ámbito a nivel de localidades más pequeñas. Hemos solicitado a los distintos movimientos de usuarios información acerca de cómo están instalados en estos ámbitos y qué representatividad tienen a fin de que el Poder Ejecutivo –que es quien finalmente toma la decisión– pueda establecer un mecanismo de designación.

Reitero que aspiramos a más y a un proceso de representación más amplio en el que un componente va a ser el diálogo social. Creemos que es importante avanzar en la obtención de los mayores consensos posibles acerca de cómo lograr esa participación y, en ese sentido, la experiencia que el propio Banco de Previsión Social ha tenido durante todo este tiempo va a ser un insumo importante a tener en cuenta. En definitiva, nosotros teníamos que comenzar con una definición que diera un paso en un sentido de mayor representatividad. Reitero que es un primer paso; es simplemente la aspiración de generar las mejores condiciones posibles para el funcionamiento de estos organismos y de realizar, en el marco del diálogo social, un análisis en profundidad de esa representatividad. En el caso de los trabajadores, hemos solicitado al PIT–CNT que establezca una delegatura que logre el mayor consenso posible en cuanto a la representatividad de los distintos sectores de trabajadores que se desempeñan en el área de la salud, también como una señal clara de avance en esa representatividad.

Este es un desafío que nos hemos impuesto en el comienzo de la administración, tratando de generar un escenario en el marco del diálogo social para un debate en profundidad acerca de cómo avanzamos en este proceso de mayor democratización de la representación de estos actores en el gobierno de la salud.

SEÑOR ECHEVARRÍA.– Quisiera realizar un comentario con respecto a la pregunta sobre los sistemas de información.

El señor Ministro se refirió, básicamente, a lo que es el centro del pensamiento del Ministerio acerca de lo que debe tener como herramientas para poder tomar decisiones, pero estamos hablando de múltiples sistemas, generados en el propio Ministerio y en terceras partes, que se vuelcan hacia el Ministerio de una forma muy variada y muy importante. Lo que nos está faltando es poder tener lo que hoy en día se llaman «sistemas de *business intelligence*», que logran, con todo ese núcleo tan importante de información, tener una lógica de poder anticiparse a las decisiones que se pueden tomar.

Solo como referencia, para que tengan una idea, quiero señalar que tenemos bases de datos que tienen que ver con el personal de la salud, desde médicos hasta enfermeros y auxiliares de servicio. Todo el personal de salud está en alguna base de datos. Los ingresos que estas personas tienen también están en bases de datos que maneja el Ministerio. A su vez hay bases de datos que tienen que ver con las instituciones, con la agenda de atención de las personas en las instituciones médicas y con las prestaciones que se otorgan, desde el punto de vista de cuántas policlínicas se hicieron y para qué gente. Y también tenemos los días de internación, los días de CTI, etcétera.

Es decir que estamos hablando de un volumen y de una variedad tal de información que si no se encuentra una forma de que todo eso se pueda manejar inteligentemente, termina siendo hasta un obstáculo para la toma de decisiones. Nosotros necesitamos lograr que toda esa información se maneje de una forma más armónica y centralizada, que permita a los rangos más altos del Ministerio tomar esas decisiones.

A su vez, del otro lado, mirado desde el punto de vista de cada persona, tenemos información que está en el BPS –por lo menos, a qué institución estamos afiliados–, en emergencias móviles, en las mutualistas o en ASSE. Si tuvimos la desgracia –o la suerte– de pasar por un IMAE para alguna atención, también hay allí información. Asimismo, podemos encontrar información en el Fondo Nacional de Recursos y quizás también, por el tema de la vacunación, en la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa. Es decir que cada uno de nosotros debe tener una ficha en cinco, seis o siete instituciones distintas, con lo que no se logra tener una mirada conjunta acerca de todo ese proceso y las cosas que le han pasado a esa persona, de tal manera que cuando un médico se enfrente a un paciente pueda conocer al instante todas las características de lo que está pasando. Para eso se está trabajando, a través de *salud.uy*, en la historia clínica electrónica, que tiene que lograr estándares que permitan que toda esta información sea manejada de una forma lógica.

Por último, en razón de que creemos que la información para la gente es muy importante y le permite a la población tomar decisiones acertadas cuando la conoce, se ha trabajado en «A tu servicio», que brinda información de datos abiertos a través de la ONG DATA. Este sitio fue abierto en este verano, a principios del año, y permite saber determinados datos básicos acerca de los niveles de atención que hay en las instituciones médicas. Queremos seguir profundizando esta lógica, de tal forma que la gente pueda tener en el futuro mejor nivel de información para tomar decisiones correctas acerca de dónde quiere tener su atención.

Por supuesto que además estamos trabajando con información hacia adentro del Ministerio, pero esa no es el área de interés de lo que plantearon los señores Senadores.

SEÑORA SUBSECRETARIA.– Con respecto a lo que decía el economista Echevarría sobre la pregunta del señor Senador García, para nosotros es un desvelo el sistema de información y cómo lograr que los datos y las estadísticas vitales sean de conocimiento de la población. En eso estamos bastante comprometidos. El Uruguay tiene un avance en lo que es el certificado de nacido vivo electrónico. También estamos intentando que el certificado de defunción sea más ágil; como decía el señor Echevarría, estamos embarcados en todo aquello que tiene que ver con la transparencia pública de los datos, para que, una vez obtenida esa información, los gestores de las políticas sanitarias puedan analizar cuál puede ser el diseño que sea, a su vez, de conocimiento de la población. Esta es una de las prioridades en los lineamientos estratégicos, porque hoy tenemos un volumen de información dispersa que genera dificultades en la toma de decisiones.

Por último, quiero referirme a dos cosas. En primer lugar, para nosotros el eje de la salud mental es prioritario. Como dijo el señor Ministro, estamos abocados a dar insumos no solamente desde el punto de vista técnico a los usuarios a través de las sociedades científicas de la Facultad de Medicina y de las otras áreas involucradas en la salud mental. Otro de los puntos clave es lograr tener una nueva Ley de Salud Mental en nuestro país que esté acorde a nuestra realidad. A su vez, estamos generando muchos espacios de propuestas y de trabajo entre el equipo del Ministerio y el de Salud Mental de ASSE, para ver nuevos diseños de mejora de la calidad asistencial.

Soy integrante de la Junta Nacional de Drogas, donde estamos trabajando en la regulación de la ley, en el diseño del Ircca, para ver cómo podemos aportar más insumos desde el punto de vista de la salud para una mejor reglamentación de las acciones que propone la ley. Asimismo, como decía el señor Senador Agazzi, en la última sesión de la Junta Nacional de Drogas estuvimos reviendo lo avanzado en los últimos años en lo que es la Renadro, en lo que tiene que ver con los dispositivos, la cobertura que tienen, cómo se está trabajando, y qué cosas deben estar vinculadas en el nuevo diseño presupuestal incorporado por las instituciones de salud. Realmente estamos muy preocupados con todo este proceso, que está muy vinculado a la prevención y promoción de lo que es el consumo abusivo de sustancias. Hoy, cuando se nos presenta una situación, vemos que tenemos que mejorar los dispositivos de atención.

Como les decía el señor Ministro, a pesar de que integramos la misma fuerza política, hace tres meses que estamos al frente de la Cartera. Para avanzar, toda reforma requiere de un tiempo. Como muy bien decía el señor Senador García, estamos muy preocupados por la calidad y por eso estamos reviendo todos los instrumentos y todo lo avanzado en la reforma para dar un salto cualitativo

en el subsector público, que tiene muchas cosas para mejorar. Pero también tenemos que recordar que el sistema no se integra sin el subsector privado.

SEÑOR PRESIDENTE.– Señor Ministro: antes que nada quiero darle las gracias, porque todos estamos de acuerdo en que se ha generado un ambiente de diálogo, de trabajo y de reflexión muy interesante. A su vez, la presentación realizada –de enorme rigor y con metas y objetivos claros– ha sido muy ilustrativa. A la Comisión le queda un material con objetivos muy nítidamente definidos y con certeza en la proyección por la cual vamos en este quinquenio.

Hay muchas cosas que quisiera comentar, pero en su exposición hubo un tema que me parece que es muy importante, sobre todo en ese rol rector del Ministerio de Salud Pública: la declaración de los conflictos de intereses que involucran a los gestores en salud, a los investigadores y a las distintas líneas de trabajo en salud. Me parece que esa es una meta muy interesante.

Creo que en el tema de la salud mental –y esta es una posición totalmente personal–, sería de gran relevancia que la Comisión lograra dar el gran salto con la Ley de Salud Mental, que es tan necesaria, compleja y que involucra a tantos actores. Sabemos que no será de un día para el otro, pero me consta que hay voluntad del señor Ministro y de su equipo de llevarla adelante; sepa que en este ámbito va a tener la correspondencia necesaria en un tema que es fundamental.

Lo único que me resta es agradecerle la excelente exposición y tengan ambas partes mucho ánimo para seguir trabajando en estos desafíos.

No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Son las 18:40).

“Presentación realizada por el Ministro de Salud Pública, Dr. Jorge Basso”